Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Aan geadresseerde

Directie Markt en Consument

Bezoekadres:
Rijnstraat 50
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

Bijlage
-1-

Kenmerk
117709

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Datum 24 FEB. 2014
Betreft Expertmeeting geschilbeslechting in de zorg

Geachte genodigde,

Graag nodig ik u op persoonlijke titel uit voor een expertmeeting over geschilbeslechting in de zorg. Deze bijeenkomst is een vervolg op de expertmeeting van 29 november 2013.

De bijeenkomst is op **4 maart 2014, van 09.30 – 12.00 uur** bij het ministerie van VWS, vergaderzaal 21.035, Rijnstraat 50 te Den Haag.
Als startpunt voor het overleg geldt bijgevoegd verslag van de expertmeeting van 29 november 2013. Na afloop is er voorzien in een bescheiden lunch. Graag hoor ik van u of u bij de bijeenkomst aanwezig zult zijn. U kunt dit doorgeven aan Marjolein van der Velde, mi.vd.velde@minvws.nl, 070-3407208.

Tijdens de bijeenkomst van 29 november en in de gesprekken die hier de afgelopen periode op zijn gevolgd, bleken op een aantal punten nog verschillende beelden te bestaan. De inzet van de bijeenkomst van 4 maart is om deze beelden en de uitkomsten van de vorige bijeenkomst met elkaar in overeenstemming te brengen. Dit betreft in ieder geval:

- de vraag wanneer er sprake is van een klacht in de zin van de wet,
- de betekenis van de zeswekentermijn,
- de inhoud van de reactie van de aanbieder (de schriftelijke mededeling),
- het organiseren van een actieve geschilleninstantie.

Als u zelf aanvullende punten aan de orde wilt stellen dan kan dat schriftelijk uiterlijk 3 maart aanstaande of tijdens de bijeenkomst.

De bijeenkomst zal worden voorgezeten door mevrouw prof. mr. G. de Groot, raadsheer in de Hoge Raad, bijzonder hoogleraar Rechtspraak en conflictoplossing Vrije Universiteit Amsterdam.

Ik hoop u allen te zien op 4 maart.

Met vriendelijke groet,

de wnd. directeur Markt en Consument,

mw. drs. H. van Essen

Directie Bestuurlijke en Politieke Zaken

Kenmerk
117709

Deelnemers

- prof. mr. G. de Groot (voorzitter), *raadsheer in de Hoge Raad, hoogleraar Rechtspraak en conflictoplossing, Vrije Universiteit Amsterdam*
- prof. mr A.J. Akkermans, *hoogleraar VU, voorzitter permanente commissie van de GOMA*
- prof. M. Barendrecht, *Hiil en universiteit van Tilburg*
- T. Boshuizen, *senior beleidsadviseur, NVZ vereniging van ziekenhuizen*
- mr. G.J. Buijs, *lid managementteam directie Markt en Consument, VWS*
- mr J.M. Brandenburg, *voorzitter Geschillencommissie Zorginstellingen*
- mr. T.H.C. Donga, *senior jurist, beleidsmedewerker, VGN*
- prof. dr. ir. R. D. Friele, *Nivel*
- mr. H.P. Henschen, *directeur verzekeringstechniek Medirisk*
- drs. R. Hoogerboord, *direxcteur directie Markt en Consument, VWS*
- M. Jonker, *juridisch adviseur, GGZ-Nederland*
- M. Kooijman, *senior beleidsmedewerker, Actiz*
- I. van Leeuwen LLM, *campagneleider zorg, Consumentenbond*
- prof. mr. J. Legemaate, *hoogleraar gezondheidsrecht, UvA*
- H. van der Meer, *beleidsadviseur, KNMG*
- N. Oost, *senior beleidsadviseur directie Markt en Consument, VWS*
- mr. A. E. Santen, *manager Personenschade Centramed*
- A. Schuurman, *beleidsmedewerker, NFU*
- C. Vogeler, *programmadirecteur NPCF*
- dr. mr. K.A.P.C. van Wees (VU)
- mr. dr. R.P. Wijne, *gepromoveerd op aansprakelijkheid zorggerelateerde schade*
- ir. M.D. Wijnhoud, *senior beleidsmedewerker directie Markt en Consument, VWS*

Verslag Expertmeeting geschilbeslechting in de zorg
29 november 13:00-16:30 7AM Den Haag

De bijeenkomst had als doel de meningen van experts te vernemen over de opzet en vormgeving van eigentijdse klachten- en geschillenregeling ter voorbereiding van de benodigde voorlichting aan het veld en de uitvoeringsregelingen verbonden aan het wetsvoorstel kwaliteit, klachten en geschillen zorg.

Deelnemers
- prof. mr. G. de Groot (voorzitter), raadsheer in de Hoge Raad, bijzonder hoogleraar Rechtspraak en conflictoplossing Vrije Universiteit Amsterdam
- prof. mr A.J. Akkermans, hoogleraar (VU), voorzitter permanente commissie van de GOMA
- prof. M. Barendrecht, Hiil en universiteit van Tilburg
- mr. A. E. Santen, manager Personenschade Centramed
- mr J.M. Brandenburg, voorzitter Geschillencommissie Zorginstellingen
- mr. G.J. Buijs, lid managementteam directie Markt en Consument VWS
- prof. dr. ir. R. D. Friele, Nivel
- mr. H.P. Henschen, directeur verzekeringstechniek Medirisk
- I. van Leeuwen LLM, campagneleider zorg, Consumentenbond
- prof. mr. J. Legemaate, hoogleraar gezondheidsrecht (UvA)
- mw. J.D. van der Marel, beleidsmedewerker VWS
- mr. A.H.A. Scholten, voorzitter Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg
- dr. mr. K.A.P.C. van Wees (VU)
- J. Vesseur, arts, MPH, hoofdinspecteur voor patiëntveiligheid
- C. Vogeler, programmadirecteur NPCF
- mr. dr. R.P. Wijne, gepromoveerd op aansprakelijkheid zorggerelateerde schade
- ir. M.D. Wijnhoud, senior beleidsmedewerker VWS

In de bijeenkomst hebben de deelnemers hun inzichten gegeven over de werking van het huidige klachtrecht in de zorg en aangegeven op welke wijze klachtbehandeling en geschiloplossing beter kan met de nieuwe wetgeving.

Welke doelen liggen ten grondslag aan de VWS-voorstellen voor een andere opzet van klachtbehandeling en geschiloplossing?
- Vergroten van het maatschappelijk vertrouwen (van zowel aanbieders, zorgverleners als cliënten!) in de afhandeling van klachten.
- Cliënt recht doen (erkenning, rechtsherstel, genoegdoening).
- Voorkomen dat dezelfde ergernis andere cliënten overkomt (lerende werking).
- Druk op de ketel dat een snelle en adequate behandeling van klachten (het voortraject) goed geregeld wordt/ van fouten geleerd wordt.
- Geschilleninstantie is (secundair) ook een kwaliteitsinstrument. Uitspraken hebben consequenties voor de inrichting van de zorg.

Geschilbeslechting zelf is geen doel op zich. Het is de inzet dat onvrede en klachten al zoveel mogelijk worden opgelost in een vroegtijdig stadium via dialoog tussen de zorginstelling en de klager. Ook als een geschil wordt aangebracht bij de geschilleninstantie moet de vraag worden gesteld of de klacht niet alsnog op een andere wijze kan worden opgelost. Bij inrichting van de geschilleninstantie/procedures moet het altijd mogelijk zijn om te de-escaleren, een loop-back te maken. Deze 'loop back' kan verschillende zaken betreffen om ervoor te zorgen dat cliënt en aanbieder weer in gesprek raken, waaronder mediation.

In reactie op de huidige gang van zaken bij klachten in de zorg geven enkele deelnemers het belang aan dat met de nieuwe regeling ook iets kan worden gedaan met zaken bij bv. tuchtrechter, waarvan nu al het gevoel is dat het wel een nare kwestie is, maar waar de tuchtrechter niets mee kan doen, omdat het buiten zijn opdracht valt.

Anderzijds: wat nodig is om deze doelen te bereiken is een cultuuromslag. Een wet kan deze omslag niet op gang brengen, maar kan wel de positieve ontwikkelingen bevestigen en

mainstreamen. De wet belichaamt in deze een stukje cultuurverandering. Los van die cultuurverandering kan een wet helemaal niets.

Het interne traject moet centraal staan

- Je kunt het externe traject – de geschilbeslechting – niet los zien van een goede aanpak van klachten binnen de instelling zelf. Er moet alle ruimte zijn voor de aanbieder en de cliënt om er samen uit te komen. De juiste toon kan worden gezet bij de eerste reactie van de zorgaanbieder richting de ontevreden cliënt.
- Ook in geval van claims kun je voorkomen dat partijen in een situatie terechtkomen dat zij zich genoodzaakt voelen om advocaten, letselschade-experts en medisch adviseurs in te schakelen. Dit is ook wenselijk omdat die inschakeling de kosten opdrijft en maakt dat alleen de advocaten en experts nog met elkaar in gesprek gaan.
- Insteek zou moeten zijn om in een zo vroeg mogelijk stadium met elkaar in gesprek te geraken over de onvrede van de cliënt of het zorgtraject dat anders gelopen is dan de bedoeling was. Of die onvrede gezien moet worden als een gegronde of ongegronde klacht zou daarbij nog niet aan de orde moeten zijn.
- Insteek moet zijn: kunnen we hier samen uitkomen?
- Het zou een goede zaak zijn dat cliënt en aanbieder samen kunnen concluderen of ze eruit zijn en als ze er samen niet uitkomen dat zij gezamenlijk er voor kiezen om het geschil voor een oordeel aan de geschilleninstantie voor te leggen.
- Kenmerk van de nieuwe aanpak is dus: minder denken in 'procedures' maar kiezen voor een werkwijze gericht op er samen uitkomen.

Het externe traject moet er ook voor de zorgaanbieder zijn

- Zorgaanbieders moeten de geschilleninstantie zien als 'iets van hen'. Nu is er het gevoel bij de zorgaanbieders/zorgverleners dat er weer een instantie bijkomt om de zorgverlener te beoordelen. De geschilleninstantie kan ook kansen bieden aan zorgaanbieders. Bijvoorbeeld een eenvoudige vaststelling van een niet ongerechtvaardigde claim. Op dit punt zijn er internationaal goede voorbeelden (Duitsland, Zweden). Je moet tegen je klant kunnen zeggen: je kunt met je klacht of claim tzt terecht bij een objectieve commissie die er iets over kan zeggen.
- Voor een goed verloop zou je als zorgaanbieder eerst die gevallen eruit moeten zeven waar je eenvoudig van kan zeggen dat die eenvoudig honoreerbaar zijn of waar je uit coulance iets betaalt. Dat hoeft niet naar een geschilleninstantie toe.
- Ook voor klachten waarvan de beoordeling complex is en die daarom niet binnen de wettelijke termijn van 6 weken kunnen zijn uitgezocht, kan de aanbieder in goed overleg met de klager tot een afspraak komen over extra tijd en over de eventuele inschakeling van de geschilleninstantie in een later stadium.
- Ook voor de geschilleninstantie zou het veeleer moeten gaan om een beoordeling van redelijkheid en billijkheid van de grief van de klager en in mindere mate over de exacte juridische duiding van de casus en bijvoorbeeld ontvankelijkheidvraagstukken.

Vertrouwen van de cliënt en de aanbieder in de geschilleninstantie is een noodzakelijke voorwaarde om de gewenste functie te kunnen vervullen.

Intake/poortfunctie

- Mensen zijn in het algemeen pas geïnteresseerd in informatie over waar en hoe zij een klacht in moet dienen of een zaak aan de geschilleninstantie moeten voorleggen op het moment dat hij een klacht/geschil heeft. (Zie 8 eisen aan informatie over procedures via Maurits van Barendrecht).
- Als de cliënt naar de geschillencommissie gaat, moet er sprake zijn van een bewuste, geïnformeerde keuze. Want ook hij beperkt daarmee voor zichzelf de gang naar de rechter.
- Bij de intake moet de geschilleninstantie altijd nagaan of de zaak niet alsnog in dialoog of met bemiddeling kan worden opgelost. Er moet geen drempel zijn zoals verplichte mediation, omdat mensen al meerder stappen doorlopen hebben. Anderzijds is het wel een goede zaak dat

bij de geschilleninstantie zowel de patiënt als de arts kunnen spreken, dat mensen hun verhaal nog eens of opnieuw kunnen doen. Vaak is het daaraan voorafgaande gesprek mislukt of is er nog helemaal niet echt geweest.

- Bij de intake/ poortfunctie kan de geschilleninstantie klachten voor een efficiënte behandeling in zaakstromen indelen. Daarbij kan worden gedacht aan de bereikbaarheid van de locatie voor de cliënt (bijv.voor degene die opgenomen is in verpleeghuis), betrokkenheid van deskundigen in verband met complexiteit van de zaak en een indeling naar aard van de klacht.
- Over de aard van klachten is geconcludeerd dat die niet altijd eenvoudig in te delen zijn.
    - De scheidslijn klacht en claim is niet altijd scherp: achter een claim kan een kwaliteitsklacht zitten of een claim is een kwaliteitsklacht met een financiële component.
    - In de huidige praktijk bij de geschillencommissies zie je dat er klagers zijn die een klacht hebben 'waar ze een bedrag op zetten'. Het blijkt daarbij niet zozeer te gaan om geld als wel om de erkenning dat hun klacht terecht was.
    - Een onderscheid tussen eenvoudige klachten (eendimensionaal/ bejegening/ duidelijk wel of niet honoreerbaar) en complexe klachten (zorginhoudelijk, meervoudig) waarbij wellicht meer aan de orde is en lastiger te analyseren.
    - Klachten betreffen niet alleen zaken die in het verleden speelden, maar ook situaties die soms nog gaande zijn (bijvoorbeeld een klacht over de gang van zaken in een verpleging- of verzorgingshuis).

De onderzoek/beoordelingsfase

- Juridificering is ongewenst. Een arena met ieder een eigen advocaat, letselschade-expert, medisch adviseur, aansprakelijkheidsstelling, contra-expertise etc. leidt tot een gevecht om je recht te krijgen. Een oplossing van het conflict duurt in dat geval langer, mensen raken beschadigd en er is geen gesprek meer tussen klager en zorgaanbieder. De geschilleninstantie moet ervoor waken in die situatie terecht te komen.
- De instantie moet de mogelijkheid hebben om zelf alle benodigde informatie op te vragen en zelf tot een onafhankelijke beoordeling van de situatie te komen. Ook als de medische beoordeling complex is. Het moet voor de geschilleninstantie immers veeleer gaan om een beoordeling van redelijkheid en billijkheid van de grief dan een exacte juridische duiding van de zaak.

Wat is de uitkomst van de geschillenprocedure

- De betrokken partijen dienen zich na behandeling van hun zaak door de geschilleninstantie in ieder geval allemaal gehoord te voelen (procedurele rechtvaardigheid).
- De uitspraak moet bijdragen aan een gevoel van rechtvaardigheid. Bij voorkeur vinden de betreffende klager en aangeklaagde allebei de uitspraak rechtvaardig. Dit zal niet altijd het geval zijn. Wel is het van belang dat andere patiënten, zorgaanbieders en zorgverleners de uitspraken van de geschilleninstantie als 'rechtvaardig' ervaren.
- De uitspraak kan breder zijn dan alleen het bindend advies. Van belang is om erkenning te geven aan iemand met een serieuze klacht,ook al zou deze niet kunnen leiden tot een bindend advies. Het kan ook gewenst zijn dat de geschilleninstantie aanbevelingen doet, bijvoorbeeld als de klacht voortkomt uit institutionele tekortkomingen bij een zorgaanbieder of in een keten.
- Als er tijdens de procedure een opening is om het geschil in overleg op te lossen, dan moet daarvan gebruik worden gemaakt.
- Openbaarheid van de uitspraak draagt bij aan lering, verwachtingenmanagement en kan voldoende zijn bij een klacht die gegrond wordt bevonden.
- Het goed bijhouden van jurisprudentie leidt ertoe dat in gelijksoortige zaken gelijksoortige oordelen volgen.
- Uitspraken geven input om van fouten te leren. Geschilleninstantie zelf kan op de naleving van aanbevelingen en uitspraken niet toezien. De IGZ kan in het toezicht natuurlijk wel nagaan hoe de aanbeveling is uitgewerkt.

Centraal-decentraal.

- In verband met bereikbaarheid is het gewenst dat er in principe op meerdere locaties in het land zittingen worden gehouden. In hoeveel plaatsen is afhankelijk van sector en mobiliteit van de cliënt. Indien nodig kunnen zelfs zaaltjes op locatie kunnen worden geregeld als dit nodig is. Daarbij wel aandacht dat er op een zittingslocatie voldoende zaken zijn ten behoeve van snelle behandeling.
- Geschilleninstanties moeten zo veel mogelijk vanuit één organisatorische 'schil' werken in verband met één loket, opbouw jurisprudentie, deskundigheidsopbouw. Daar kunnen meerdere commissies/organisaties onderhangen.

Eisen aan de procedure

- Onafhankelijkheid van de geschilleninstantie
- Laagdrempelig voor de cliënt,
- ombudsmanfunctie, (de rijdende rechter als beeld)
- op de voorliggende zaak toegespitste deskundigheid (medisch en ervaringsdeskundig),
- aandacht voor spreiding van de zittingslocaties,
- toegang tot de commissie,
- beperkte kosten,
- in principe geen procesvertegenwoordiging,
- geen toernooimodel,
- voldoende capaciteit,
- rechtsgelijkheid/vergelijkbaarheid.

Tot slot

- Het kostenaspect is van belang. Huidige irritatie over de kosten van de geschillencommissie is een mogelijk risico. Met name het model waarin de aanbieder geld moet betalen, ongeacht de uitkomst voelt voor zorgaanbieders onrechtvaardig. Dit is wel het moment om te bezien hoe de bekostiging op een andere wijze kan worden georganiseerd.